

サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けた有料老人ホーム重要事項説明書  
 (「登録事項等についての説明」の補足)

作成日 2022年7月1日

登録番号

施設名 医療法人赤枝会

サービス付き高齢者向け住宅

タオルミーナ

## 「1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地」について

開設年月日	平成21年 9月 1日
住宅の管理者氏名※1	依田 あかね
電話番号 / F A X 番号	045-532-3712 / 045-532-3713
メールアドレス	info-taormina@akaedakai.com
ホームページアドレス	http://www.akaedakai.com/taormina/

※1 管理者を配置している場合に記入

## 「2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者」について

F A X 番号	045-922-1080
ホームページアドレス	http://www.akaedakai.com/
資本金(基本財産)	500万円
主な出資者(出捐者)とその 金額又は比率 ※2	赤枝雄一 ¥2,450,000 赤枝真紀子 ¥400,000 須田香澄 ¥2,150,000
設立年月日	昭和42年 8月 25日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益) 3,735,182,075円 (費用) 3,428,521,681円 (損益) 306,660,394円
会計監査人との契約	なし
他の主な事業	病院・診療所・介護老人保健施設等の経営

※2 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※3 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、  
 損益は経常利益とする。

## 「3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所」について

F A X 番号	045-922-1080
ホームページアドレス	http://www.akaedakai.com/

「4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備」について

建築基準法上の主要用途	有料老人ホーム	
建築物の耐火構造	準耐火構造	
消防用設備等	消火器	あり
	自動火災報知設備	あり
	火災通報設備	あり
	スプリンクラー	なし
	防火管理者	あり
	防災計画	あり
緊急通報装置等 緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 室内インターフォン 事務所及び各居室	
	安否確認の方法・頻度等 1日1回以上 郵便物の配達や配膳時等および室内インターフォンによる確認	

「5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期（居住の用に供する前である場合）」について

(1) 入居契約の状況等

身元引受人等の条件及び義務等※4	家族、生活保護受給者の場合は各自治体保護担当者
生活保護受給者の受入れ対応	可
事業者又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※5	<p>(契約の解除)</p> <p>第1条 甲は、乙が次の各号のいずれかに該当したときは、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されない時は、本契約を解除することができる。</p> <p>① 賃料・管理費その他頭書(3)記載の費用の支払を怠ったとき。</p> <p>② 本契約書第10条に定める乙の負担となる費用の支払を怠ったとき。</p> <p>2 乙が次の各号のいずれかに該当したときは、甲は通知催告を要せずに本契約を解除できるものとします。</p> <p>① 入居申込書および本契約書への虚偽記載その他不正な方法により入居したことが発覚したと</p>

き。

- ② 本契約書第12条第3項に定める甲への通知を怠り、1か月以上所在不明になったとき。
- ③ 乙が、解散または破産・特別精算・競売・強制執行・民事再生等の申し立てがあったとき、または申し立てをしたとき。
- ④ 乙が犯罪行為を行ったとき。
- ⑤ 破壊・暴力活動を行う組織その他これらの組織または団体等への加入、構成員およびそれらの支配下にあると判明したとき。
- ⑥ 本物件等に前号の者や関係者を居住させ、出入りさせ、拠点・事務所などに使用し、またはさせたとき、および本物件等にそれらの名称、称号その他これに類するものを表示、掲示あるいは搬入したとき。
- ⑦ 本物件等および近隣において粗野、粗暴等の行為をなして、近隣者および他の入居者・管理者等に迷惑、不快感・不安感を与えたとき。
- ⑧ 本契約書第3条の使用目的、第13条の善管注意義務等、第14条の禁止・制限事項、第25条第5項の連帯保証人、第27条第3項の身元引受人等の追加・変更等の義務および別に定める使用規則等に違反したとき、その他乙が本契約に定める事項に違反し、または乙の義務を履行しないとき。

(乙からの解約)

第2条 乙は、甲に対して少なくとも1ヶ月前に書面による解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができる。

2 前項の規定にかかわらず、乙は、解約の申し入れの日から1か月分の賃料等(賃料等相当額)を甲に支払うことにより、解約の申し入れの日から起算して1か月を経過する日までの間、随時に本契約を解約することができる。

3 乙は、解約の申し入れ後、甲の書面による承諾がない限りは、解約を撤回、または取り消すことができない。

(甲からの解約)

第3条 甲は、次の各号のいずれかに該当する場合に限り、

		<p>乙に対して少なくとも6か月前に書面により解約の申し入れを行うことができる。</p> <p>① 物件の老朽、損傷、一部の滅失その他の事由により、家賃の価格その他の事情に照らし、本物件を法第58条第2号に掲げる基準等を勘案して適切な規模、構造および設備を有する賃貸住宅として維持し、または当該賃貸住宅に回復するのに過分の費用を要するに至ったとき。</p> <p>② 乙が本物件に長期間にわたって居住せず、かつ、当面居住する見込みがないことにより、本物件を適正に管理することが困難となったとき。</p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">退去者の状況</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">前年度における</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">退去先別の人数</p>	自宅等	1人
		社会福祉施設	1人
		医療機関	2人
		死亡者	2人
		その他	人
	<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">生前解約の状況</p>	事業者側の申し出	(解約事由の例)
入居者側の申し出		(解約事由の例)	6人
		長期入院 介護老人福祉施設への入居等	
<p>体験入居の期間及び費用負担等</p>		<p>体験入居期間は設けておりません。</p>	

※4 入居契約書に身元引受人や後見人等の選任を定めている場合に記入

※5 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

(2) 入居状況等

( 2022年 7月 1日現在)

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">入居者内訳</p>	性 別	男 性 37人、女 性 12人			
	<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">介護の 要否別</p>	自 立	6人		
		<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">要介護 31人</p>	(内訳)	要介護 1	7人
			要介護 2	12人	
			要介護 3	9人	
			要介護 4	1人	
要介護 5	2人				
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">要支援 12人</p>	(内訳)	要支援 1	2人		
	要支援 2	10人			

平均年齢	69.5歳（男性 67.1歳、女性 72歳）
------	------------------------

注）介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

「6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭」について

(1) 運営に関すること

運営に関する方針	サービス付き高齢者向け住宅として個人の生活を安心安全な生活のサポートを充実して暮らして頂く運営を図る。
サービスの提供内容に関する特色	高齢者の方や身体障害者の方の日常生活支援や体調急変時の支援。受診付添、買物同行その他入居者様のご依頼に応じての個別サービスの実施。
運営懇談会の開催状況 ※6 (開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等)	運営懇談会等の開催は行っていません。

※6 運営懇談会を設置している場合は記入

(2) 苦情等の取り扱い

苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等）	相談窓口 生活相談員から解決責任者へ報告し対応		
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	事故発生時 生活相談員が対応し家族へ連絡		
事故発生の防止のための指針	あり		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	入居者個別契約の保険にて対応		
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	あり 保険名(損保ジャパン日本興亜)		
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし

② なし
------

(3) 医療

協力医療機関（又は嘱託医） の概要及び協力内容	名 称	赤枝病院
	診療科目	内科・外科・整形外科・歯科等
	所在地	横浜市旭区上川井町578-2
	距離及び所要時間	5 km 14分（自動車）
	協力内容	外来受診及び訪問診療
協力歯科医療機関	名 称	三保の森クリニック
	所在地	横浜市緑区三保町195-1
	距離及び所要時間	2.4 km 8分（自動車）
	協力内容	訪問歯科診療
入居者が医療を要する場合の 対応（入居者の意思確認、医 師の判断、医療機関の選定、 費用負担、長期に入院する場 合の対応等）	入居時にご本人、ご家族様へ聞き取りし、書面にて保管していま す。	

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(2021年7月1日現在)

	職 員 数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (5時判～翌8時判) (最少人数)	備 考 (資格・委託等)
		人数	うち自立対応		
従業者の 内訳	管理者	1 ( )	/		
	生活相談員	1 ( )			
	直接処遇職員	3 ( 13)			
	介護職員	3 ( 13)			
	看護職員	( )			
	機能訓練指導員	( )			
	理学療法士	( )			
	作業療法士	( )			
	その他	( )			
	計画作成担当者	( )			
医師	( )				

	栄養士	( )	/			
	調理員	( 1)				
	事務職員	( )				
	その他職員	( 6)			1	
	合計	6( 20)			1	
介護に関わる職員体制 ※7			: 以上			

注1) 職員数欄の( )内は、非常勤職員数で内数。

2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活に必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。

なお、特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要

3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。

4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

5) 状況把握等を行う職員を配置している場合は、生活相談員として記入

※7 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要

#### イ 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		1 あり		2 なし					
	兼務に係る資格等	1 あり		資格等の名称						
		2 なし								
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数										
前年度1年間の退職者数				3						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			2						
	1年以上 3年未満			4	1					
	3年以上 5年未満		2	4						
	5年以上 10年未満				3					

	10年以上			1	1						
従業者の健康診断の実施状況				1	あり	2	なし				

ウ 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制（特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要）

	前々年度の平均値	前年度の平均値 ※11	今年度の平均値 ※10
要支援者の人数			
要介護者の人数			
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※8			
配置している直接処遇職員の人数 ※9			
要支援者・要介護者の合計人数に対する配置直接処遇職員の人数の割合	:	:	:
常勤換算方法の考え方※11	常勤職員の週勤務時間 時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員 早番	:	～ :
	日勤	:	～ :
	遅番	:	～ :
	夜勤	:	～ :
	看護職員 早番	:	～ :
	日勤	:	～ :
	遅番	:	～ :
	夜勤	:	～ :

※8 常勤換算後の人数。

※9 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※10 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

※11 「前年度の平均値」及び「常勤換算方法」等については指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第37号）等の規定によること

エ 状況把握(安否確認)および生活相談サービスに係る職員の資格取得状況

社会福祉士	人 ( 人)	医 師	人 ( 人)
介護福祉士	9人 ( 1人)	看護師	人 ( 人)
介護支援専門員	1人 ( 1人)	准看護師	人 ( 人)
介護職員実務者研修修了者	1人 ( 人)	資格なし	2人 ( 人)



介護職員初任者研修修了者	11人（ 人）	
--------------	---------	--

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。

他の資格を持っている職員を（ ）に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

(5) 登録事項の情報開示

入居希望者等 への 情報開示	重要事項説明書の公開	① 公開（閲覧・ <u>写し交付</u> ）	2 非公開
	入居契約書の公開	① 公開（閲覧・ <u>写し交付</u> ）	2 非公開
	管理規程の公開	① 公開（ <u>閲覧</u> ・写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	① 公開（ <u>閲覧</u> ・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	① 公開（ <u>閲覧</u> ・写し交付）	2 非公開

(6) その他

横浜市サービス付き高齢者向け住宅整備運営指導指針に適合していない事項 ※12	<適合していない事項がある場合の内容>
--	---------------------

※12 市の指針上適合していない事項について、指針の8～14に該当する運営面に関することを記述すること。

なお、代替措置及び改善計画等は、別紙で明記することでも可

●特定施設入居者生活介護に関する事項（該当する場合のみ）

(1) 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所	
----------------------	--

(2) 住み替える場合の条件等

入居後住みに替居る又	居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等)	
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	

場は 合施 設	提携ホームへ住み替える 場合（同上）	
---------------	-----------------------	--

（3）介護保険に係る利用料

介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は、 市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額) ※13	○特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)
	要介護1	円	円 / 円
	要介護2	円	円 / 円
	要介護3	円	円 / 円
	要介護4	円	円 / 円
	要介護5	円	円 / 円

介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は、 市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額) ※13	○各種加算の状況		
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
	退院・退所時連携加算	(無・有)	
	入居継続支援加算	(無・有)	
	生活機能向上連携加算	(無・有)	
	個別機能訓練加算	(無・有)	
	夜間看護体制加算	(無・有)	
	若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
	医療機関連携加算	(無・有)	
	口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
	口腔・栄養スクリーニング加算	(無・有)	
	看取り介護加算	(無・有)	
	認知症専門ケア加算	(無・有)	(Ⅰ)
			(Ⅱ)
	サービス提供体制強化加算	(無・有)	(Ⅰ) イ
			(Ⅰ) ロ
			(Ⅱ)
	介護職員処遇改善加算	(無・有)	(Ⅲ)
			(Ⅳ)
(Ⅴ)			
(Ⅰ)			
(Ⅱ)			
介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	

介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は、 市区町村から交付され る「介護保険負担割合 証」に記載された利用 者負担の割合に応じた 額) ※13	○介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)	
	区分	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)
	要支援1	円 / 円
	要支援2	円 / 円
	各種加算の状況	
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)
	生活機能向上連携加算	(無・有)
	個別機能訓練加算	(無・有)
	若年性認知症入居者受入加算	(無・有)
	医療機関連携加算	(無・有)
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(無・有)	
認知症専門ケア加算	(無・有)	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(Ⅰ)イ
		(Ⅰ)ロ
		(Ⅱ)
		(Ⅲ)
介護職員処遇改善加算	(無・有)	Ⅰ
		Ⅱ
		Ⅲ
		Ⅳ
		Ⅴ
介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	Ⅰ
		Ⅱ

短期利用の設定 (短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある) ※14	無・有
-------------------------------------	-----

※13 月額には、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

※14 短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある場合には添付書類の別添2を添付する。

○添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添 1

サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定 （有・**無**）

区分	自立			要支援 1～2			要介護 1～5		
	提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	金額（単価）	金額（単価）
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
<b>1. 介護サービス</b>									
①巡回									
・昼間 8:30～17:30	有	2回/1日（配食配達時）		2回/1日（配食配達時）			2回/1日（配食配達時）		
・夜間 17:30～8:30	有	2回/1日（事務当直館内巡視時）		2回/1日（事務当直館内巡視時）			2回/1日（事務当直館内巡視時）		
②食事介助	有		依頼時（日中のみ） 1000円/30分		依頼時（日中のみ） 1000円/30分			依頼時（日中のみ） 1000円/30分	
③排泄									
・排泄介助	有		依頼時（日中のみ） 1000円/30分		依頼時（日中のみ） 1000円/30分			依頼時（日中のみ） 1000円/30分	
・おむつ交換	有		依頼時（日中のみ） 1000円/30分		依頼時（日中のみ） 1000円/30分			依頼時（日中のみ） 1000円/30分	
・おむつ代	有		受付にて販売 1500円		受付にて販売 1500円			受付にて販売 1500円	
④入浴等									
・清拭	有		依頼時（日中のみ） 1000円/30分		依頼時（日中のみ） 1000円/30分			依頼時（日中のみ） 1000円/30分	
・一般浴介助	有		依頼時（日中のみ） 1000円/30分		依頼時（日中のみ） 1000円/30分			依頼時（日中のみ） 1000円/30分	
・特浴介助	無								
⑤身辺介助									
・体位交換	有		依頼時（日中のみ） 1000円/30分		依頼時（日中のみ） 1000円/30分			依頼時（日中のみ） 1000円/30分	
・居室からの移動	有		依頼時（日中のみ） 1000円/30分		依頼時（日中のみ） 1000円/30分			依頼時（日中のみ） 1000円/30分	
・衣類の着脱	有		依頼時（日中のみ） 1000円/30分		依頼時（日中のみ） 1000円/30分			依頼時（日中のみ） 1000円/30分	
・身だしなみ介助	有		依頼時（日中のみ） 1000円/30分		依頼時（日中のみ） 1000円/30分			依頼時（日中のみ） 1000円/30分	
⑥機能訓練	無								
⑦通院の介助	有		依頼時（日中のみ） 1000円/30分		依頼時（日中のみ） 1000円/30分			依頼時（日中のみ） 1000円/30分	
⑧緊急時対応									
・ナースコール	有	コール受信時都度対応		コール受信時都度対応			コール受信時都度対応		
<b>2. 生活サービス</b>									
①家事									
・清掃	有		依頼時（日中のみ） 1000円/30分		依頼時（日中のみ） 1000円/30分			依頼時（日中のみ） 1000円/30分	
・洗濯	有		依頼時（日中のみ） 1000円/30分		依頼時（日中のみ） 1000円/30分			依頼時（日中のみ） 1000円/30分	
②居室配膳・下膳	有	配食希望者へ対応		配食希望者へ対応			配食希望者へ対応		
③理美容	有		毎月1回 1500円		毎月1回 1500円			毎月1回 1500円	
④代行									
・買物	有		依頼時随時 200円～500円		依頼時随時 200円～500円			依頼時随時 200円～500円	
・役所手続	有		依頼時随時 1000円/30分		依頼時随時 1000円/30分			依頼時随時 1000円/30分	
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・健康診断	無								
・健康相談	有	相談時随時		相談時随時			相談時随時		
・生活指導	有	相談時随時		相談時随時			相談時随時		
・医師の往診	有		月2回（希望者のみ）		月2回（希望者のみ）			月2回（希望者のみ）	
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>									
・医療費	無								
・移送サービス	有		依頼時随時 500円～600円		依頼時随時 500円～600円			依頼時随時 500円～600円	
<b>5. その他サービス</b>									
服薬確認サービス	有		希望者 35円/1回		希望者 35円/1回			希望者 35円/1回	

注1) 自立・要支援 1～2・要介護 1～5 を区分した場合は 8 区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。  
 注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。  
 注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。  
 注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。  
 注5) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

## 役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
すだ かすみ 須田 香澄	理事長
あかえだ まきこ 赤枝 眞紀子	常務理事
すだ まさと 須田 雅人	理事
ししど たかし 宍戸 崇	理事
むらかみ おさむ 村上 統	理事
またよし くにお 又吉 國雄	理事
ふるせ しゅんすけ 古瀬 駿介	監事


法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。




注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。  
 ※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考

注) 整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。



別添 4

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する				<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)					
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )				電話番号	
サービスを提供する法人等の別	<input checked="" type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等				
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	人	
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	人	
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	13 人	
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	9 人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	人	
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地: )						
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く ( )						
常駐する時間	日中	8 時	30 分	~	17 時	30 分	人員 1 人
	上記以外の時間	17 時	30 分	~	8 時	30 分	人員 1 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	郵便物の配達や配膳時等による確認					毎日	1 回
	<input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問 (近接する土地に常駐する場合のみ)						

緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	8 時 30 分 ~ 17 時 30 分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間	
	通報方法	室内インターホン、外線・携帯電話		
	通報先	タオルミーナ事務局	通報先から住宅までの到着予定時間 1 分	
サービス提供の対価（概算額）	月額	約 10,000 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考	ベランダの清掃サービスについては、本サービスの中で実施します。			

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
食事提供を行う場所	<input type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 年始1月1～3日休業 日曜日休業 )			
	内容	<input type="checkbox"/> 3食 <input checked="" type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない ( )			
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 28,600 円	内訳	朝食 0 円	昼食 550 円 夕食 550 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考					

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住 所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住 所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )			
サービス提供の対価（概算額）	月額	約	0	円	前払金の算定方法
	前払金	約	0	円	
備考					

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住 所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住 所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
サービス提供の対価（概算額）	月額	約	0	円	前払金の算定方法
	前払金	約	0	円	
備考					

5. 健康の維持増進サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住 所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住 所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 希望により対応あり )			
サービス提供の対価（概算額）	月額	約	0	円	前払金の算定方法
	前払金	約	0	円	
備考					

6. その他のサービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住 所 (法人に あつては主 たる事務所 の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住 所 (法人に あつては本 業務に係る 事業所の所 在 地)	(郵便番号 )		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	内容	個々の希望に応じた対応			
サービス提供 の対価（概算 額）	月額	約 0 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	買い物代行：200円/1回 銀行窓口手続き代行：200円/1回 振込代行：50円/1回 買い物同行や通院 の付き添い等：1000円/30分 他個々の希望に応じた対応 17：30～8：30までの夜間早朝時間服薬確認。 食品管理1000円/月				

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input checked="" type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきかいしゃあーるびーいんこーぽれーしょん 株式会社アールビーインコーポレーション			
	住 所 (法人に あつては主 たる事務所 の所在地)	(郵便番号 104-0061 )		東京都中央区銀座7丁目17-18 電話番号 03-3541-1841	
	住 所 (法人に あつては本 業務に係る 事業所の所 在 地)	(郵便番号 226-0015 )		神奈川県横浜市緑区三保町2655-4 電話番号 045-532-3741	
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

提供方法	内容	服薬確認		
サービス提供の対価（概算額）	月額	約 0 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考	服薬確認 1 回につき 35 円 8 : 30 ~ 17 : 30 までは株式会社アールビーインコーポレーションによるサービス提供となります。			